

別記

国保

第1号様式（第6条関係）

富津市国民健康保険短期人間ドック費用助成申込書

年 月 日

富津市長 様

申込者（助成希望者又は同一世帯員）

住 所

氏 名

電 話 ()

短期人間ドックの費用の助成を受けたいので、富津市国民健康保険短期人間ドック費用助成事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり申し込みます。

被 保 険 者 証	記号番号	富津一	世帯主名	
助 成 希 望 者	氏 名	□申込者と同じ		
	生年月日	年 月 日 (満 歳)		
受診を希望する医療機関				
受 診 日	年 月 日	年 月 日	宿泊 ・ 通院 ・ 日帰り	
適用開始年月日	年 月 日			

助成要件等

助成要件等についての確認事項	確認欄
申込時に到来した納期分までの国民健康保険税を完納している世帯に属している。	はい・いいえ
年齢が受診日において20歳以上である。	はい・いいえ
受診日の属する年度において、市が行う特定健康診査を受診していない、かつ、受診する予定でない（市が行う特定健康診査と重複受診した場合には、短期人間ドック費用の助成金を返還していただきます。）。	はい・いいえ
受診日の属する年度において、短期人間ドック費用の助成を受けていない。	はい・いいえ
現に加療中の疾病等について、短期人間ドックを受診することに支障がない。 (妊娠中の方は、短期人間ドック費用の助成を受けることはできません。)	はい・いいえ
医療機関が短期人間ドックの結果報告を市に提出すること及び短期人間ドックの費用の助成金は市から医療機関に支払われることについて承諾している。	はい・いいえ
上記要件を満たしていなかったことが判明した場合には、短期人間ドック費用の助成金を返還しなければならないことについて了承している。	はい・いいえ

※市使用欄

課 長	係 長	担 当	受 付	交 付	世帯同封	公印使用